AGRESSÃO NO IDOSO: A REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DO GRUPO II

AGGRESSION IN THE ELDERLY: THE REALITY OF THE EMERGENCY SERVICE OF A GROUP II HOSPITAL INSTITUTION

Autores:
Maria Emília Faria[1], Jorge Teixeira[2]

RESUMO

Introdução: Estimativas precisas da prevalência da agressão no idoso e a compreensão do perfil da vítima e do agressor são fundamentais para conceber estratégias preventivas eficazes. Os objetivos consistiram em determinar o número de idosos que recorreram ao serviço de urgência de um Hospital do Grupo II, em 2017, por agressão, e caracterizar a vítima e o episódio de agressão.
Material e Métodos: Estudo observacional, descritivo e retrospetivo por consulta do processo clínico informático. Foram definidas variáveis relativas à vítima: género, idade, escolaridade, profissão, estado civil, autonomia, existência de patologia demencial e outros antecedentes médicos, antecedentes de agressão e números de episódios com admissão hospitalar, em 2017, existência de insuficiência económica e de médico de família. As variáveis respeitantes ao episódio de agressão foram: tipologia, descrição, local de proveniência da vítima e relação de parentesco com o agressor. Foi realizada a sua análise descritiva.
Resultados: Foram registadas 69 admissões, num total de 68 idosos. A maioria eram do género masculino, entre os 65 e os 88 anos, casados e reformados. 22,1% tinham quatro antecedentes médicos, havendo registo em 2,9% de patologia demencial, em 7,4% de outras doenças neurológicas e em 8,8% de doenças psiquiátricas. O abuso físico foi o mais frequente, sendo os membros superiores, face, cabeça e pescoço os locais de lesão mais registados. Em 17,4% a proveniência do doente foi do domicílio e em 5,8% a agressão foi praticada, respetivamente, pelo marido, filho e vizinhos. A maioria dos idosos encontrava-se em situação de insuficiência económica e 91,2% tinham médico de família atribuído.
Discussão: Os profissionais de saúde parecem estar insuficientemente alertados para a problemática da agressão no idoso, assim como os registos clínicos deficitários não permitiram uma melhor caracterização da população.
Conclusão: É necessária uma melhoria na sensibilização dos profissionais, assim como se torna imprescindível a realização de estudos complementares.

Palavras-chave: agressão no idoso; serviço de urgência hospitalar

ABSTRACT

Introduction: Accurate estimates of the prevalence of aggression in the elderly and understanding the profile of the victim and the offender are fundamental to design effective preventive strategies. The objectives were to determine the number of elderly people who came to the emergency service of a Group II Hospital in 2017, for aggression and to characterize the victim and the episode of aggression.
Material and Methods: Observational, descriptive and retrospective study by consulting the computer clinical process. Variables related to the victim were defined: gender, age, education, profession, marital status, autonomy, existence of dementia and other medical history, history of aggression and number of episodes with hospital admission, in 2017, existence of economic failure and family physician. The variables regarding the aggression episode were typology, description, place of origin of the victim and family relationship with the aggressor. Descriptive analysis of variables was performed.
Results: 69 admissions were registered, in a total of 68 elderly people. Most were male, between 65 and 88 years old, married and retired. 22.1% had four medical antecedents, with a record of 2.9% of dementia, 7.4% of other neurological diseases and 8.8% of psychiatric illnesses. Physical abuse was the most frequent, with the upper limbs, face and head and neck being the most frequent sites of injury. In 17.4% the patient came from home and in 5.8% the aggression was practiced, respectively, by the husband, son and neighbors. Most of the elderly were in a situation of economic failure and 91.2% had a Family Physician assigned.
Discussion: Health professionals seem to be insufficiently alerted to the problem of aggression in the elderly, just as deficient clinical records did not allow a better characterization of the population.
Conclusion: Improvement in the training and awareness of professionals in this area is required, as well as the need to conduct complementary studies.

Keywords: elder abuse; emergency hospital service

---

1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF São João de Braga, ACeS Cávado I – Braga
2. Médico Especialista de Medicina Interna, Diretor do Serviço de Urgência do Hospital de Braga, Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma problemática atual, à qual estão associadas disfunções, nomeadamente sociais, económicas e de assistência médica.[1,2] Milhões de pessoas idosas em todo o mundo são sujeitas diariamente a comportamentos de agressão, prevendo-se que estes valores aumentem como reflexo do envelhecimento veloz presenciado em vários países.[2,3] Apesar de se tratar de um importante problema de saúde pública, continua a ser um dos tipos de violência menos investigado.[4,5] A Organização Mundial de Saúde, em 2002, definiu o abuso do idoso como a existência um ato, único ou repetido, ou de ações inapropriadas causadores de dano ou sofrimento na pessoa idosa, que ocorram em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança.[6]

A agressão do idoso pode assumir diversas formas (física, psicológica/emocional, financeira ou sexual) assim como ser resultado de negligência intencional ou não intencional,[7,8] autonegligência ou abandono.[7] Adicionalmente, pode ser categorizada de acordo com o tipo de agressor (membros da família, cuidador informal ou formal ou conhecido) e o local onde ocorre (comunidade ou instituição).[4] Independentemente do tipo de agressão, a mesma resultará em sofrimento, dano físico ou psicológico, isolamento, aumento do risco de institucionalização e de morte prematura, maior recurso ao serviço de urgência (SU) e números superiores de hospitalizações.[5,8,9]

De acordo com a literatura, fatores biológicos, sociais, culturais, económicos e ambientais interagem entre si e influenciam o risco da pessoa idosa ser vítima ou agressora.[9,10] Ainda, a prevalência de abuso no idoso pode ser maior do que a relatada, uma vez que a subnotificação é estimada em 80%.[4] Uma revisão sistemática e meta-análise sobre a agressão na comunidade concluiu que uma em cada seis pessoas com 60 anos ou mais sofreram algum tipo de agressão, o que corresponde a aproximadamente 141 milhões de pessoas no mundo.[5] Ou seja, 15,7% dos idosos foram sujeitos a abuso, nomeadamente, abuso psicológico (11,6%), abuso financeiro (6,8%), negligência (4,2%), abuso físico (2,6%) e abuso sexual (0,9%).[5] Os idosos institucionalizados, devido à sua fragilidade, tendem a ser mais dependentes de terceiros e podem estar em maior risco de agressão e de negligência do que os que se encontram na comunidade.[4] Outra revisão sistemática e meta-análise baseada em autorrelatos da equipa de funcionários, concluiu que em 64,2% dos idosos institucionalizados existiu alguma forma de abuso.[4] No que se refere à prevalência, as tipologias de agressão mais frequentemente mencionadas pelos idosos institucionalizados foram a agressão psicológica (33,4%), física (14,1%), financeira (13,8%), por negligência (11,6%) e sexual (1,9%).[4] Um estudo nacional de 2015 estimou a prevalência de abuso e negligência em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos em contexto familiar (cônjuge, filhos, netos e outros), por amigos, vizinhos, profissionais remunerados e estranhos em 15%. Mas, quando se excluiu a agressão por estranhos, a prevalência baixou para 12,3%.[11] Concluiu que 6,3% dos abusos foram do tipo financeiro ou psicológico, 2,3% do tipo físico, 0,4% por negligência e 0,2% do tipo sexual.[11] De acordo com a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), em 2011 foram notificados 749 casos de violência ou maus-tratos à pessoa idosa,[12] valores que aumentaram para 13,8%[13] e 26,0%[14] passados três e seis anos, respetivamente.

Reconhecendo a agressão no idoso como um problema complexo e desafiador, estimativas precisas da prevalência e a compreensão da vítima e das características do agressor são fundamentais para conceber estratégias preventivas eficazes. O SU encontra-se numa posição privilegiada para o reconhecimento da agressão no idoso, uma vez que é, muitas vezes, o primeiro contato da população idosa com o sistema de saúde.

O objetivo geral do presente estudo consistiu em determinar o número de doentes que recorreram ao SU no ano de 2017, com idade igual ou superior a 65 anos, e cujo motivo de admissão foi a agressão. Estabeleceram-se como objetivos específicos: caracterizar os doentes relativamente aos dados demográficos, grau de autonomia, antecedentes e comorbilidades médicas e adições, existência de insuficiência económica e da atribuição de médico de família; conhecer os antecedentes de agressão; caracterizar o episódio de agressão; e conhecer o número de admissões de doentes no SU, no ano de 2017.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional, descritivo e retrospetivo, com parecer favorável da Comissão de Ética da instituição hospitalar.

A recolha da informação efetuou-se pela consulta dos processos clínicos informatizados. Definiram-se

as seguintes variáveis: género, idade, escolaridade, profissão, reforma, estado civil, autonomia, números de anos de dependência, existência de patologia demencial ou outra doença neurológica, doença psiquiátrica, outros antecedentes médicos, adições, episódios de agressão prévios e número de episódios de agressão e de admissões no SU, em 2017. No que se refere ao episódio de agressão, as variáveis analisadas foram: tipo de agressão, descrição do episódio (zona lesada ou sintomas referidos pelo doente), local de proveniência do doente, relação ou grau de parentesco entre a vítima e o agressor e se houve intervenção do serviço social ou autoridades competentes. Foi ainda verificado se o doente se encontrava em situação de insuficiência económica e se tinha médico de família.

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Science®* - SPSS (versão 22.0; IBM). O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi aplicado para verificação da normalidade das variáveis intervalares, 15 e, uma vez que não se verificou o mesmo, para a análise descritiva destas variáveis utilizaram-se a mediana (Mdn), o intervalo interquartílico (IQQ) e o valor mínimo e máximo. Para as variáveis nominais foram determinadas as frequências absolutas (n) e relativas (%).

RESULTADOS

Em 2017 foram registados 52.737 episódios de urgência em idosos, 69 dos quais (0,13%) por agressão. Salienta-se ainda que um idoso recorreu ao SU por duas vezes por este motivo. A caracterização demográfica encontra-se representada nos Quadros I e II. Verifica-se que a maioria é do género masculino (58,8%), com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos, sendo casados (73,5%) e reformados (79,4%). Não existe referência, na generalidade dos processos, à escolaridade. Apenas em 35,3% é feita alusão à profissão e, de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões,[16] pertencem ao grupo 2 (especialistas das atividades intelectuais e científicas), grupo 3 (técnicos e profissões de nível intermédio), grupo 4 (pessoal administrativo), grupo 5 (trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores), grupo 7 (trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices), grupo 8 (operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem) e ao grupo 9 (trabalhadores não qualificados). Destes, apenas cinco doentes estão em situação ativa.

Quadro I. Características demográficas da população em estudo.

Variável	*n*	f (%)
Género		
- Masculino	68	40 (58,8)
- Feminino	68	28 (41,2)
Escolaridade		
- 1º ciclo ensino básico (4ª classe)	68	1 (1,5)
- Não referido no processo clínico	68	67 (98,5)
Estado civil		
- Solteira(o)	68	2 (2,9)
- Casada(o)	68	50 (73,5)
- Separada(o) ou divorciada(o)	68	1 (1,5)
- Viúva(o)	68	7 (10,3)
- Não referido no processo clínico	68	8 (11,8)
Reforma		
- Não	68	11 (16,2)
- Sim	68	54 (79,4)
- Não ativo	68	2 (2,9)
- Não referido no processo clínico	68	1 (1,5)

Legenda: f (%) – frequência (percentagem); *n* – número de doentes idosos.

Quadro II. Idade da população em estudo.

Variável	*n*	*Mdn (IQQ)*	Min. - Máx.
Idade†	69	71 (11)	65-88

Legenda: *Mdn (IQQ)* – mediana e intervalo interquartilico; Min. (mínimo) - Máx. (máximo); n – número de episódios de agressão em análise.† – em anos.

Os antecedentes pessoais encontram-se no quadro III. Relativamente à autonomia nas atividades da vida diária, em quatro processos clínicos existe referência à dependência, uma descrita como moderada e outra como total. Não há qualquer menção ao número de anos de dependência. A doença de Alzheimer e demência não especificada constituem antecedentes em dois idosos. Em cinco são referidas outras doenças neurológicas (epilepsia, doença de Parkinson, tremor distónico e défice cognitivo ligeiro). Identificaram-se antecedentes psiquiátricos em seis idosos (stress pós-trauma de guerra, perturbação delirante crónica, síndrome depressiva, alterações do comportamento e heteroagressividade). A maioria dos idosos tem quatro antecedentes médicos, sete não apresentam antecedentes relevantes e em quatro não há qualquer referência aos mesmos. As comorbilidades mais prevalentes são a hipertensão

arterial, a dislipidemia e a diabetes *mellitus*. Em 1,5% dos doentes há registo de consumo de álcool e tabaco, em 10,3% há registo de hábitos alcoólicos e em 5,9% de hábitos tabágicos, destacando-se ausência de registo em 82,4% dos doentes. Apenas em um doente há referência a um episódio prévio de agressão, pela esposa, sendo que nos restantes 98,5% não há qualquer menção a este antecedente.

Quadro III. Antecedentes pessoais da população em estudo.

Variável	*n*	f (%)
Autonomia		
- Autónomo	68	7 (10,3)
- Dependente	68	4 (5,9)
- Não referido no processo clínico	68	57 (83,8)
Número de anos de dependência		
- Não referido no processo clínico	68	68 (100)
Demência		
- Não	68	1 (1,5)
- Sim	68	2 (2,9)
- Não referido no processo clínico	68	65 (95,6)
Outra doença neurológica		
- Sim	68	5 (7,4)
- Não referido no processo clínico	68	63 (92,6)
Antecedente ou doença psiquiátrica		
- Não	68	1 (1,5)
- Sim	68	6 (8,8)
- Não referido no processo clínico	68	61 (89,7)
Outros antecedentes e comorbilidades médicas		
- Sem antecedentes	68	7 (10,3)
- 1 antecedente	68	10 (14,7)
- 2 antecedentes	68	12 (17,6)
- 3 antecedentes	68	11 (16,2)
- 4 antecedentes	68	15 (22,1)
- 5 antecedentes	68	8 (11,8)
- 8 antecedentes	68	1 (1,5)
- Não referido no processo clínico	68	4 (5,9)
Adições		
- Tabaco	68	4 (5,9)
- Álcool	68	7 (10,3)
- Drogas	68	0
- Tabaco e álcool	68	1 (1,5)
- Não referido no processo clínico	68	56 (82,4)
Antecedentes de agressão		
- Sim	68	1 (1,5)
- Não referido no processo clínico	68	67 (98,5)

Legenda: f (%) – frequência (percentagem); *n* – número de doentes idosos.

O número de admissões no SU em 2017, por doente, devido a agressão, variou entre um e dois, sendo a mediana de uma admissão.

Pela análise do Quadro IV, verifica-se que a agressão do tipo físico foi mais documentada (95,7%). Os restantes episódios foram de agressão física e verbal, física e negligência, e psicológica. 17,4% dos doentes provinham do domicílio, 1,4% de casa de acolhimento ou lar e 4,3% de outro hospital ou via pública. Verifica-se que os locais de lesão ou zonas com sintomatologia mais frequentemente registadas foram os membros superiores (47,8%), face (46,4%) e cabeça e pescoço (39,1%). A maioria das agressões foi praticada pelo marido, filho e vizinhos, salientando-se que, em 62,3% dos registos, não há referência ao agressor. São vários os mecanismos e atos de agressão física, como murros e pontapés, trauma com material cortante (arma branca), traumatismo crânio-encefálico, entre outros. No episódio em que existiu agressão física e negligência, o doente encontrava-se numa casa de acolhimento em que, para além de abuso físico, terá sofrido inadequados cuidados de higiene. No episódio de agressão psicológica, está registada insónia, labilidade emocional, ansiedade e angústia da vítima. Apenas em quatro episódios há referência de intervenção pela assistente social: num deles é identificado o marido como agressor; noutro são os filhos; noutro o agressor é um sobrinho e a vítima vive sozinha e o traumatismo resultou em internamento; no episódio em que o tipo de agressão foi física e por negligência procedeu-se à troca de casa de acolhimento. Salienta-se que, em quatro episódios de agressão física praticada pelo marido, não há registo no processo clínico de ativação das autoridades competentes, sendo que numa das situações a doente terá referido que não tinha memória para o sucedido. Em duas admissões há abandono do SU, uma após a triagem, em que a agressão foi física e em que o agressor era o irmão, e noutra após a observação médica, e cujo tipo de abuso foi também físico, mas sendo o filho o agressor.

Por observação do quadro V, o número de admissões no SU por doente (excluindo os episódios em que a principal queixa foi a agressão) teve o mínimo de 0 e o máximo de 6, sendo que a mediana correspondeu a 0 idas ao SU. Cerca de metade dos doentes (54,4%) encontram-se em situação de insuficiência económica e 91,2% têm médico de família atribuído.

Quadro IV. Características do episódio de agressão.

Variável	*n*	f (%)
Tipo de Agressão		
- Física	69	66 (95,7)
- Física e verbal	69	1 (1,4)
- Física e negligência	69	1 (1,4)
- Psicológica	69	1 (1,4)
Local da lesão ou com sintomatologia		
- Face	69	32 (46,4)
- Cabeça e pescoço	69	27 (39,1)
- Tórax	69	12 (17,4)
- Abdómen	69	3 (4,3)
- Coluna Vertebral	69	8 (11,6)
- Membros superiores	69	33 (47,8)
- Membros inferiores	69	13 (18,8)
Proveniência		
- Domicílio	69	12 (17,4)
- Casa de acolhimento	69	1 (1,4)
- Instituição/Lar	69	1 (1,4)
- Outra	69	3 (4,3)
- Não referido no processo clínico	69	52 (75,4)
Relação/grau de parentesco com o agressor		
- Marido	69	4 (5,8)
- Filho	69	4 (5,8)
- Nora	69	2 (2,9)
- Irmão	69	1 (1,4)
- Cunhada	69	3 (4,3)
- Sobrinho	69	2 (2,9)
- Enteado	69	2 (2,9)
- Auxiliar da Instituição/Lar	69	1 (1,4)
- Vizinho	69	4 (5,8)
- Ladrão	69	3 (4,3)
- Não referido no processo clínico	69	43 (62,3)
Intervenção do Serviço Social ou Autoridades		
- Sim	69	4 (5,8)
- Não referido no processo clínico	69	65 (94,2)

Legenda: f (%) – frequência (percentagem); *n* – número de episódios de agressão em análise.

DISCUSSÃO

O Hospital onde decorreu o estudo é uma instituição do Grupo II com SU polivalente.[17] Sendo, em muitas situações, o SU o primeiro contato da população idosa com o sistema de saúde, é expectável que os seus profissionais estejam conscientes e sensibilizados para a problemática da agressão.

É importante realçar que o presente estudo

Quadro V. Outras informações da população em estudo.

Variável	*n*	f (%)	*Mdn (IQQ)*	Min. - Máx.
Número de admissões no serviço de urgência, em 2017	68	n.a.	0 (1)	0-6
Situação de insuficiência económica				
- Não	68	28 (41,2)	n.a.	n.a
- Sim	68	37 (54,4)	n.a.	n.a.
- Não referido no processo clínico	68	3 (4,4)	n.a.	n.a.
Médico de família				
- Não	68	6 (8,8)	n.a.	n.a.
- Sim	68	62 (91,2)	n.a.	n.a.

Legenda: f (%) – frequência (percentagem); *Mdn (IQQ)* – mediana e intervalo interquartílico; Min. (mínimo) - Máx. (máximo); *n* – número de doentes idosos; n.a – não aplicável.

apresenta várias limitações. O levantamento dos dados dos idosos fez-se a partir do registo clínico de vários profissionais de saúde a trabalhar num ambiente de SU, muitas vezes limitados pelo tempo e pela afluência elevada a este tipo de cuidados, objetivando-se lacunas referentes ao perfil da vítima, da agressão e do agressor. Outro aspeto prende-se com o facto de o estudo apenas incidir num ano civil, o que limita a dimensão populacional, não permitindo a generalização dos dados. São poucos os estudos nacionais de prevalência da agressão no idoso e de caracterização da vítima e do agressor, o que dificulta a comparação de resultados, enfatizando, contudo, a importância de um estudo de investigação como o apresentado.

Na população estudada, constatou-se que os episódios de agressão ocorreram entre os 65 e os 88 anos (*Mdn* = 71, IQQ = 11), tendo sido mais prevalentes no género masculino (58,8%), nos casados (73,5%) e nos reformados (79,4%). Dados nacionais apontam para uma prevalência superior no género feminino, sendo a agressão e a negligência mais frequentes a partir dos 80 anos (22,1%).[11] No relatório anual de 2017, a APAV refere que a vítima idosa habitualmente é do género feminino (78,8%), com idade média de 75 anos, casada (38,9%) e reformada (68,5%).[14] Na população em estudo, apenas um idoso tem registo da escolaridade (1º ciclo). Embora seja evidente a dificuldade de comparação de resultados pela limitação do *n* obtido, dados divulgados pela APAV mostram que 8,4% das vítimas tinham completado o 1º ciclo e 3,5% o ensino superior.[14] Num estudo português de 2015, as maiores prevalências verificaram-se

nos que não tinham qualquer escolaridade (26,6%) e naqueles com 10 ou mais anos de estudo (9,5%).[11] Este estudo refere também que a agressão foi mais prevalente entre trabalhadores manuais semiqualificados e não qualificados, de baixo rendimento.[11] Contudo, no corrente trabalho, apenas em 35,3% dos idosos foi discriminada a profissão.

A dependência funcional e física têm sido consistentemente associadas a um maior risco de agressão.[9,18] Dados nacionais constataram que 24,3% dos idosos necessitavam de ajuda nas atividades da vida diária.[11] O presente estudo verificou registo de dependência em apenas quatro processos clínicos. No entanto, apenas em metade foi discriminado o grau (um caso de dependência moderada e outro de dependência total), destacando-se a ausência de referência a qualquer escala de avaliação do estado funcional. Embora a maioria dos estudos de agressão no idoso excluam indivíduos com comprometimento cognitivo, outros encontraram taxas relativamente altas de abuso por cuidadores de idosos com demência,[18] e, por este motivo, o comprometimento cognitivo é considerado um forte fator de risco individual para agressão.[9,18] A demência é antecedente em duas vítimas de agressão e está relatado défice cognitivo ligeiro num doente. Destaca-se a importância do recurso, no SU, a uma escala categorizadora do estado cognitivo. Parece existir uma relação entre a doença mental[9,18]/emocional[18] da vítima e a agressão, sendo a síndrome e os sintomas depressivos associados especificamente ao abuso físico e emocional.[18] Segundo o estudo nacional de 2015, a agressão foi mais prevalente nos doentes com sintomas de depressão (17,5%), comparativamente àqueles que não têm doença mental (8,3%).[11] Em seis idosos está referida doença mental como antecedente e destes, três apresentam síndrome depressiva. De acordo com os registos clínicos, a maioria dos idosos têm entre um e quatro antecedentes médicos. Dados nacionais mostraram maior prevalência de agressão nos que apresentam doença de longa duração comparativamente aos que não a têm (15,3% versus 6,3%).[11] Em 10,3% e 5,9% dos doentes há registo de hábitos alcoólicos e tabágicos, respetivamente. É importante a determinação do consumo de substâncias aditivas pela vítima ou agressor, pois sabe-se que estes podem contribuir para comportamentos de risco.

Apenas num processo clínico há referência a antecedentes de agressão, valor que pode estar subvalorizado por ausência de registos. Em 2017, com exceção de um doente que foi admitido duas vezes por agressão, os restantes recorreram apenas uma vez ao SU por este motivo. Os tipos de agressão foram, de acordo com a frequência, os seguintes: físico, físico e verbal, físico e negligência, e psicológico. No estudo nacional, a maioria sofreu um único tipo de agressão (72,1%).[11] O abuso financeiro e psicológico foram os mais prevalentes, seguidos do abuso físico, negligência e sexual.[11] Os dados serem referentes ao SU, pode justificar a maior prevalência do abuso físico, comparativamente aos restantes tipos. Num futuro estudo, poderia ser aplicado um instrumento que permitisse averiguar a possibilidade de abuso ou negligência em doentes que fossem admitidos no SU por outros motivos que não a agressão. Foram vários os mecanismos de agressão, os locais de lesão e as zonas com sintomatologia. As mais frequentemente assinaladas foram os membros superiores, a face, a cabeça e o pescoço. A relação de parentesco de marido e descendentes estão entre os agressores mais comuns, assim como os vizinhos, embora, na grande maioria, não haja a identificação do responsável pelo abuso, o que vai ao encontro do estudo português de 2015.[11] No que respeita ao agressor, são fatores consistentes de risco a doença mental, como depressão e ansiedade, e o consumo de substâncias de abuso, como álcool e drogas,[4,18] sendo que, no presente estudo, não foi possível recolher dados acerca do agressor.

Em 75,4% das admissões não há registo da proveniência dos idosos, informação que seria importante, uma vez que se sabe que a institucionalização, a situação de vida compartilhada[9] e a dependência emocional, habitacional e financeira do idoso são potenciais fatores de risco.[9,18] Nas instituições, a agressão no idoso é mais provável quando padrões de cuidados de saúde e de serviços de assistência social são diminutos.[9] Também contribui a baixa formação para as funções e a remuneração exígua dos funcionários, a sobrecarga de trabalho e as políticas adotadas pelas instituições, em benefício próprio.[9] O estudo português verificou que a agressão foi mais frequente nos idosos que viviam sozinhos (18,2%) comparativamente aos que viviam acompanhados (10,8%).[11] Apenas em 5,8% dos episódios de agressão há referência a intervenção da assistente social e nos quatro episódios de agressão física conjugal não há alusão à comunicação às autoridades competentes, ficando sem se perceber os motivos que terão levado a esta abordagem. O facto de existirem casos

de abandono do SU após a triagem e a observação médica, assim como a ausência de memória para o sucedido, pode indiciar o receio que as vítimas têm em denunciar a agressão sofrida.

A agressão pode propiciar um maior consumo de recursos, nomeadamente admissões no SU, sendo que, no presente estudo, a maioria não apresentou nenhuma admissão para além do episódio de agressão.

O baixo rendimento económico do idoso é um fator de risco para agressão com evidência substancial[18] e, também neste estudo, a maioria dos idosos encontra-se em situação de insuficiência económica.

Para além das características da vítima, do agressor, e da relação entre ambos, os contextos da comunidade podem expor os idosos a maior risco de abuso. O isolamento social dos idosos e dos seus cuidadores e a falta de apoio social são fatores significativos para o abuso de idosos pelos cuidadores.[9] São fatores protetores, com forte força de evidência, os níveis mais altos de apoio social e a situação de habitação, onde a partilha com outras pessoas é um fator de risco.[18]

O médico de família, pela relação de proximidade que pode desenvolver com o doente quando o mesmo frequenta as suas consultas, pode ter um papel fundamental na identificação de sinais de agressão. Em 91,2% dos idosos há um médico de família atribuído.

CONCLUSÃO

O conhecimento da prevalência da agressão no idoso e das características da vítima e do agressor são essenciais para a sua identificação e prevenção. A informação clínica deficitária na maioria dos registos impossibilitou a caracterização mais detalhada do idoso, do episódio da agressão e do agressor, pelo que a realização de estudos complementares sobre a agressão no idoso é imprescindível. Torna-se fundamental tomar medidas com o objetivo de informar os diversos profissionais de saúde sobre a importância dos registos clínicos detalhados; melhorar o conhecimento da problemática da agressão do idoso, nomeadamente através da sensibilização dos profissionais de saúde; desenvolver ações de formação que facilitem a investigação da agressão no idoso, com recurso a instrumentos de avaliação específicos; e proceder à correta referenciação e ativação das entidades competentes pelos profissionais hospitalares de prováveis vítimas de violência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- del Nogal ML, Férnandez C, Serrano P, Santiago A, Villavicencio P, Martin T. Detección y seguimiento de malos tratos en personas mayores en un hospital terciario: experiencia de 3 ãnos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;53(1):15–18.

2- Fraga S, Lindert J, Barros H, Torres-González F, Ioannidi-Kapolou E, Melchiorre MG, *et al.* Elder abuse and socioeconomic inequalities: a multilevel study in 7 European countries. Prev Med. 2014 Apr;61:42-7.

3- Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo II, Lowenstein A, Manthorpe G, Kärki FU. European report on preventing elder maltreatment. World Health Organization. 2011. [consultado em junho de 2018]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

4- Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton C, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. Eur J Public Health. 2018.

5- Yon Y, Mikton C, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2017 Feb;5(2):e147-e156.

6- The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse. WHO. 2002. [consultado em julho de 2018]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf?ua=1

7- National Center on Elder Abuse (NCEA). The National Elder Abuse Incidence Study. National Center on Elder Abuse. 1998. [consultado em junho de 2018]. Disponível em: https://www.acl.gov/sites/default/files/programs/2016-09/ABuseReport_Full.pdf

8- Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. JAMA. 1998;280(5):428-32.

9- World Health Organization. Elder Abuse. Fact Sheet 2018. World Health Organization; 2018. [consultado em junho de 2018]. Disponível em: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse.

10- Sethi D, Wood S, M Francesco, et al. European report on preventing elder maltreatment. WHO (2011). [Consultado em junho de 2018] Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

11- Gil AP, Kislaya I, Santos AJ, Nunes B, Nicolau R, Fernandes AA. Elder abuse in Portugal: findings from the first national prevalence study. J Elder Abuse Negl. 2015;27(3):174-95.

12- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Estatísticas APAV – Relatório Anual 2011. Lisboa, APAV; 2011. [consultado em junho de 2018]. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_RelatorioAnual_2011.pdf

13- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Estatísticas APAV – Relatório Anual 2014. Lisboa, APAV; 2014. [consultado em junho de 2018]. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2014.pdf

14- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Estatísticas APAV – Relatório Anual 2017. Lisboa, APAV; 2017. [consultado em junho de 2018]. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas-APAV-Relatorio-Anual-2017.pdf

15- Martins, C. Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir (1ª edição). Braga: Psiquilibrios Edições; 2011.

16- Instituto Nacional de Estatística. Classificação Portuguesa das Profissões 2010. Instituto Nacional de Estatística, 2011.

17- Ministério da Saúde. Portaria n.º 82/2014. Diário da República, 1.ª série - N.º 71 - 10 de abril de 2014. [consultado em outubro de 2020]. Disponível em: https://dre.pt/application/file/a/25344090

18- Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. Gerontologist. 2016;56 Suppl 2:S194-205.

CONFLITOS DE INTERESSE:
Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:
Maria Emília dos Santos Faria
mi.ffup@gmail.com

RECEBIDO: 10 de outubro de 2020 | ACEITE: 27 de agosto de 2021